

## ZGODA DO LEKARZA PIERWSZEGO KONTAKTU (POZ)

Wyrażam/nie wyrażam\* zgody na złożenie deklaracji mojego syna..... do lekarza pierwszego kontaktu na terenie przychodni BHMed w Świdnicy, ulica Strzelińska 35

Wyrażając zgodę informuję, że syn jest zgłoszony w ZUS/KRUS do ubezpieczenia

zdrowotnego razem z.....

( imię i nazwisko matki/ojca/opiekuna prawnego\* )

PESEL .....

( PESEL matki/ojca/opiekuna prawnego\* )

\*niepotrzebne skreślić